



ANTECEDENTES DE TRABAJO EN ENFERMEDADES OCUPACIONALES

Número de reclamo

Nombre		Fecha de inicio del primer empleo	
Por favor indique cualquier interrupción en su trayectoria de trabajo. <i>Debemos justificar todos los meses desde su primer día de trabajo.</i>			
Desde:		Hasta:	
Mes	Año	Mes	Año
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	
Razón de la interrupción del trabajo			

Antecedentes de Empleo

Sírvase comenzar por su trabajo más reciente y trabajar HACIA ATRÁS. Especifique el mes y el año en la fecha de empleo.
 Si se necesita espacio adicional, continúe al reverso. Puede también hacer copias adicionales de este formulario.

Nombre del empleador	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador ()		
Ciudad	Estado	Código Postal+4	
Indique tiempo expuesto a ruido, movimiento repetitivo o agentes químicos en horas por semana. <u>Horas:</u>			
Describa sus responsabilidades y tipo de equipo o herramientas empleadas u operadas.			

Nombre del empleador	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador ()		
Ciudad	Estado	Código Postal+4	
Indique tiempo expuesto a ruido, movimiento repetitivo o agentes químicos en horas por semana. <u>Horas:</u>			
Describa sus responsabilidades y tipo de equipo o herramientas empleadas u operadas.			

Nombre del empleador	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador ()		
Ciudad	Estado	Código Postal+4	
Indique tiempo expuesto a ruido, movimiento repetitivo o agentes químicos en horas por semana. <u>Horas:</u>			
Describa sus responsabilidades y tipo de equipo o herramientas empleadas u operadas.			

Certifico que la información es verdadera y correcta en la medida de mis conocimientos.

Página de

Fecha: / / Firma:

Por favor continúe con su trabajo más RECIENTE y trabaje hacia atrás.

Nombre del empleador	Fechas Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	de empleo:	
Ciudad Estado Código Postal+4	Número de teléfono del empleador ()	
Indique tiempo expuesto a ruido, movimiento repetitivo o agentes químicos en horas por semana. Horas:		
Describa sus responsabilidades y tipo de equipo o herramientas empleadas u operadas.		

Nombre del empleador	Fechas Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	de empleo:	
Ciudad Estado Código Postal+4	Número de teléfono del empleador ()	
Indique tiempo expuesto a ruido, movimiento repetitivo o agentes químicos en horas por semana. Horas:		
Describa sus responsabilidades y tipo de equipo o herramientas empleadas u operadas.		

Nombre del empleador	Fechas Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	de empleo:	
Ciudad Estado Código Postal+4	Número de teléfono del empleador ()	
Indique tiempo expuesto a ruido, movimiento repetitivo o agentes químicos en horas por semana. Horas:		
Describa sus responsabilidades y tipo de equipo o herramientas empleadas u operadas.		

Nombre del empleador	Fechas Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	de empleo:	
Ciudad Estado Código Postal+4	Número de teléfono del empleador ()	
Indique tiempo expuesto a ruido, movimiento repetitivo o agentes químicos en horas por semana. Horas:		
Describa sus responsabilidades y tipo de equipo o herramientas empleadas u operadas.		

Nombre del empleador	Fechas Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	de empleo:	
Ciudad Estado Código Postal+4	Número de teléfono del empleador ()	
Indique tiempo expuesto a ruido, movimiento repetitivo o agentes químicos en horas por semana. Horas:		
Describa sus responsabilidades y tipo de equipo o herramientas empleadas u operadas.		

Departamento del Trabajo e Industrias
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

Certifico que la información es verdadera y correcta en la medida de mis conocimientos.

Fecha: / / Firma: